

# RÈGLEMENT MUTUALISTE DES RÉGIMES DE FRAIS MÉDICAUX COLLECTIFS

## SECTION I - DISPOSITIONS RELATIVES AUX ENTREPRISES ET AUX PARTICIPANTS

### • Article 1 - Objet

Le présent règlement élaboré conformément à l'article 4 des statuts de la Mutuelle BOISSIERE du BTP, ci-après dénommée, MBBTP a pour objet de rembourser, dans le cadre d'une couverture d'entreprise, tout ou partie du solde de dépenses laissé à la charge des participants affiliés au régime de retraite complémentaire Arrco ou Agirc (ou de leurs ayants droit) par le régime de Sécurité sociale dont ils relèvent, à la suite du paiement de dépenses de santé.

Dans la suite du règlement, ces participants sont appelés participants.

Sont également affiliés au présent règlement les salariés ouvriers d'entreprises qui relevaient jusqu'au 31 décembre 2013 du Régime de Frais Médicaux Collectifs Ouvriers, et dont les adhésions ont été intégralement transférées au 1<sup>er</sup> janvier 2014 vers le présent règlement. Ces anciennes adhésions relèvent désormais du présent règlement et les ouvriers concernés sont intégrés au sein des participants « Non Cadres ».

### • Article 2 - Adhésion des entreprises

Peuvent librement adhérer au présent règlement :

- Les entreprises du Bâtiment et des Travaux Publics ;
- Les entreprises industrielles, commerciales ou agricoles affiliés à un régime général d'assurance maladie ou au régime agricole ;
- La fonction publique ;
- Les commerces ;
- Les entreprises artisanales ;
- Les activités libérales affiliées au régime obligatoire d'assurance maladie des travailleurs non-salariés ou au régime obligatoire des exploitants agricoles.

### • Article 3 - Modalités de l'adhésion

L'acte d'adhésion se formalise par la signature d'un bulletin d'adhésion par l'entreprise. Cette signature emporte acceptation des droits et obligations définies par le présent règlement.

L'adhésion fait suite à un choix de mise en place d'une couverture santé dans l'entreprise, conformément aux dispositions de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité :

- suite à un accord collectif,
- suite à la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise (référéndum),
- suite à une décision unilatérale de l'employeur.

### 3.1 – Caractère obligatoire de la couverture

La couverture de l'entreprise revêt un caractère obligatoire au sens de la réglementation de la Sécurité Sociale. En conséquence, tout salarié présent dans l'entreprise est affilié au présent règlement, à l'exception des salariés qui ont choisi d'exercer leur faculté de dispense d'adhésion au titre d'une des situations suivantes :

- Tout salarié pouvant bénéficier d'une situation de dispense dont la réglementation prévoit qu'elle est applicable de droit sans avoir à être prévue dans l'acte juridique fondateur de la couverture :
  - salarié présent dans l'entreprise au jour de mise en place de la couverture, lorsque cette dernière résulte d'une décision unilatérale de l'employeur, et que le salarié a choisi de ne pas cotiser contre son gré (application de l'article 11 de la loi du 31 décembre 1989)
  - salarié relevant d'une situation de dispense prévue à raison de sa durée de contrat ou de sa durée de travail (en application des dispositions de l'article L.911-7-1 du code de la Sécurité sociale), ou de toute autre dispense applicable de droit ;
- tout salarié qui relève d'une des autres situations prévues par l'article R. 242-1-6 du code de la Sécurité sociale, à la condition que cette faculté soit prévue par l'acte juridique fondateur du régime (décision unilatérale de l'employeur, référendum ou accord collectif).

### 3.2 – Périmètre des personnes couvertes

Lors de son adhésion, l'entreprise doit choisir entre plusieurs formulations tarifaires. Ces formulations déterminent notamment quels ayant droit (tels que définis à l'article 4 du présent règlement) peuvent être couverts. Pour déterminer le périmètre des personnes couvertes, cinq formulations tarifaires sont proposées avec pour chaque formulation des cotisations exprimées soit en euros, soit en pourcentage de la rémunération :

- La formulation « Global Famille » : dans cette solution, sont automatiquement couverts le participant, son conjoint et ses enfants à charge ; le taux ou le montant de cotisations est alors identique pour tous les participants, quel que soit le nombre d'ayant droit qui leur sont rattachés ;
- La formulation « Conjoint distinct » : dans cette solution, les participants et leurs enfants à charge sont automatiquement couverts, sur la base d'un même taux ou montant de cotisation ; en complément, le conjoint peut être rattaché à la couverture moyennant une majoration du montant ou du taux de cotisation. Ainsi :
  - Dans la formule « Conjoint distinct – Isolé », la couverture concerne le participant et ses enfants à charge
  - Dans la formule « Conjoint distinct – Couple », la couverture concerne le participant, son conjoint et ses enfants à charge.
- La formulation « Famille sans conjoint » : dans cette solution sont automatiquement couverts le participant et ses enfants à charge. Le taux ou le montant de la cotisation, qui est identique pour tous les participants indépendamment du nombre d'enfants à charge, correspond à celui de la formule « Conjoint distinct – Isolé » définie ci-dessus.
- La formulation « Adulte Enfant » : dans cette solution, le taux ou le montant de cotisation est fonction du nombre de personnes couvertes. Il correspond à la somme des éléments suivants :
  - Montant ou taux de cotisation par « Adulte » multiplié par le nombre d'« Adultes » couverts,
  - Montant ou taux de cotisation par « Enfant » multiplié par le nombre d'« Enfants » couverts.

Pour l'application de cette formule, il est précisé que :

- Sont qualifiés d'« Adultes » le participant ainsi que – le cas échéant – son conjoint au sens de l'article 4.1 du présent règlement, et ce quels que soient leurs âges ;
- Sont qualifiés d'« Enfants » les ayants droit qui relèvent des dispositions de l'article 4.2 du présent règlement. Toutefois, lorsque la couverture d'un même foyer comprend trois enfants ou plus, seuls deux d'entre eux sont pris en compte pour la détermination de la cotisation. Tout enfant à compter du troisième, est couvert à titre gratuit.
- La couverture « Salarié seul » : dans cette solution, seul est couvert le participant.

Le taux ou le montant de la cotisation correspond alors à celui de l'« Adulte » de la couverture « Adulte / Enfant » définie ci-dessus.

### 3.3 – Formalisme et enregistrement de l'adhésion

Lors de sa demande d'adhésion, l'entreprise précise notamment à la MBBTP :

- la formulation tarifaire retenue (au sens de l'article 6), formulation qui doit être strictement identique pour l'ensemble des participants,
- le niveau des garanties retenues,
- le mode de détermination des garanties collectives, au sens de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité,
- ainsi que toutes les informations complémentaires nécessaires à l'affiliation des participants concernés.

La MBBTP notifie l'enregistrement de l'adhésion par l'envoi à l'entreprise d'un certificat d'adhésion.

Toute entreprise adhérente est tenue de signaler dans les 15 jours à la MBBTP toute embauche ou tout départ de son personnel. En cas de non-respect de cette obligation, l'entreprise peut être tenue responsable des paiements à tort qui viendraient éventuellement à être effectués.

#### • Article 4 - Bénéficiaires

Les personnes pouvant bénéficier de prestations au titre du présent règlement ci-après désignées les bénéficiaires sont :

- le participant,
- sous réserve que le périmètre des personnes couvertes défini par l'entreprise dans son bulletin d'adhésion le prévoit (en application de l'article 3.2 qui précède), ses ayants droit : son conjoint (si la tarification choisie le permet) et ses enfants à charge, tels que définis ci-après, et de manière générale toute personne reconnue comme ayant droit au sens de la législation de la Sécurité sociale

La couverture n'est possible que pour les bénéficiaires relevant d'un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine.

Pour être prise en compte, toute modification dans la liste des bénéficiaires doit être signifiée aux services gestionnaires de la MBBTP. La modification est prise en compte au 1<sup>er</sup> jour suivant la déclaration, ou lorsque la cotisation dépend de la composition familiale, à compter du 1<sup>er</sup> jour où la modification de couverture du conjoint est prise en compte dans la cotisation déclarée par l'employeur.

Toutefois, lorsque l'extension de la liste des bénéficiaires fait suite à l'un des événements

suiuants - mariage, naissance, conclusion d'un PACS - les droits à prestation peuvent être ajustés avec rétroactivité au jour de survenance de cet événement si la déclaration intervient dans les trois mois qui s'ensuivent, et si cette modification n'entraîne pas de modification du montant des cotisations dues.

#### 4.1 - Notion de conjoint du participant

Est défini comme conjoint :

- la personne ayant un lien matrimonial en cours avec le participant ;
- à défaut, la personne liée au participant par un pacte civil de solidarité (PACS), si elle ne bénéficie pas d'avantages de même nature de la part d'un régime de prévoyance ou de santé au titre d'une autre personne que le participant ;
- à défaut, le concubin si les conditions suivantes sont remplies :
  - a) le concubinage est notoire et est justifié d'un domicile commun,
  - b) il n'existe aucun lien matrimonial ou de PACS de part et d'autre,
  - c) le participant et son concubin ont domicilié leurs déclarations annuelles de revenus auprès de l'administration fiscale à la même adresse au cours de l'exercice précédent, ou bien ils ont un ou plusieurs enfants en commun (enfants nés de leur union ou adoptés ou enfant à naître de leur union),
  - d) le concubin ne bénéficie pas d'avantages de même nature au titre d'une autre personne que le participant.

#### 4.2 - Notion d'enfant à charge

Sont considérés comme à charge les enfants ayants droit au sens de la législation de la Sécurité sociale.

Sont également considérés à charge les enfants nés du participant, ou adoptés par le participant, ou dont l'autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice :

- jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 18 ans,
- âgés de moins de 25 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
  - apprentis,
  - scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (y compris dans un autre pays de l'Espace Economique Européen), sans être rémunérés au titre de leur activité principale.  
Pour ces bénéficiaires et pour les apprentis, les droits sont ouverts jusqu'au 31 décembre suivant la fin de l'année scolaire justifiée.
  - en contrat de professionnalisation ou en formation en alternance,
  - demandeurs d'emploi inscrits au Pôle Emploi et non indemnisés par le régime de l'assurance

chômage, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée,

- sans limite d'âge, s'ils sont reconnus atteints, avant 21 ans et sans discontinuité depuis cet âge, d'une invalidité au taux de 80 % ou plus au sens de la législation sociale, sans discontinuité. Dans ce cas, l'enfant doit être à charge fiscale du participant.

Sont également considérés comme enfants à charge du participant, les enfants du conjoint, répondant aux critères ci-avant et étant à la charge fiscale du participant.

#### • Article 5 - Date d'effet, modification de l'adhésion

La date d'effet de l'adhésion ou de toute modification ultérieure des garanties est fixée, selon la cadence d'appel des cotisations à laquelle est soumise l'entreprise, au premier jour du mois ou du trimestre civil suivant la date de réception de la demande.

Lorsque l'employeur souhaite modifier son adhésion :

- pour une option dont le niveau est inférieur à celle précédemment souscrite, cette modification implique le respect des termes et des conditions de l'article 8.1.
- pour une option dont le niveau est supérieur à celle précédemment souscrite, cette modification prend effet au plus tôt au premier jour du trimestre qui suit la demande. Dans tous les cas, l'entreprise doit choisir une formulation tarifaire (au sens de l'article 6) strictement identique à celle applicable pour ses participants cadres, si elle adhère également au règlement du régime de Frais médicaux collectifs des Cadres.

L'adhésion est conclue jusqu'au 31 décembre de l'exercice civil, et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction, sauf terme de l'adhésion tel que défini dans l'article 8 du présent règlement

#### • Article 6 - Cotisations

Les cotisations peuvent être exprimées :

- en € par jour de présence, ou en pourcentage de salaire.
- en fonction du périmètre des personnes couvertes selon les différentes formulations définies à l'article 3.2 : "Global Famille", "Conjoint distinct", "Famille sans conjoint", "Adulte / Enfant" ou "Salarié seul".

#### 6.1 - Assiette

Pour les cotisations exprimées en euros, les cotisations dépendent du nombre de jours de

présence dans l'effectif de l'entreprise de chaque participant affilié au cours du trimestre écoulé. Le calcul est réalisé par l'employeur :

- sans différencier les jours calendaires, selon qu'ils aient été ouvrés ou non
- sans déduction ou abattement, en cas de travail à temps partiel
- en plafonnant le nombre de jours pris en compte à 90 jours par salarié Non Cadre et par trimestre civil.

Lorsque les cotisations sont exprimées en pourcentage de la rémunération, l'assiette des cotisations pour les salariés affiliés est la même que celle que l'employeur doit appliquer pour leur couverture de prévoyance conventionnelle :

- en application des dispositions des accords collectifs nationaux du 31 juillet 1968 et du 13 décembre 1990,
- dans la limite de la fraction du salaire inférieure ou égale au plafond de la Sécurité sociale (salaire cotisé en tranche A).

Lorsque l'entreprise relève du mode direct, il lui appartient de proratiser l'application du plafond pour tenir compte de la part déclarée par la Caisse congés intempéries BTP.

## 6.2 – Montant ou Taux

Le montant ou le taux de cotisation dépend du niveau de couverture et des éventuels modules additionnels choisis par l'entreprise.

La couverture des ayants-droit n'a pas d'incidence sur le montant ou le taux de la cotisation sauf lorsque l'entreprise a opté pour l'une des formulations suivantes : "Conjoint distinct" ou "Adulte / Enfant".

La répartition des cotisations entre l'employeur et les salariés est déterminée librement dans chaque entreprise. Cette répartition doit toutefois respecter les principes suivants pour que l'adhésion soit acceptée :

- l'employeur doit assurer au minimum la moitié du financement de la couverture, en application de l'article L.911-7 du code de la Sécurité sociale,
- la participation de l'employeur doit être uniforme pour :
  - l'ensemble des salariés de l'entreprise,
  - pour tous leurs conjoints et enfants à charge, lorsque la formule de cotisation retenue par l'entreprise dépend de la composition familiale.

Les différents montants ou taux de cotisations applicables sont fixés dans l'ANNEXE TARIFAIRE.

Toute actualisation du taux de cotisations ou du forfait journalier relève de la compétence du conseil d'administration de la MBBTP par délégation des pouvoirs de l'assemblée générale.

## 6.3 – Remises de cotisations à l'adhésion

A la condition que son adhésion au présent règlement prenne effet au plus tard au 1er janvier 2017, toute entreprise bénéficie d'une remise de cotisation pendant les trois premiers mois de cette adhésion si l'entreprise relève d'une des situations suivantes :

- L'entreprise a procédé à sa première embauche depuis moins de douze mois.
- L'entreprise n'avait pas mis en place de couverture collective complémentaire santé au bénéfice de ses salariés (qu'il s'agisse de salariés cadres ou non cadres) au cours des six mois qui ont précédé l'adhésion au présent règlement.
- En cas d'adhésion dans le cadre d'une transmission ou d'une suite économique, les salariés n'étaient pas précédemment couverts à titre collectif par la MBBTP.
- L'entreprise avait une couverture collective complémentaire santé auprès d'un autre organisme assureur, mais sans aucun salarié affilié au cours des 12 mois précédant son adhésion à la MBBTP.

Lorsque l'entreprise adhère en parallèle au règlement du régime de frais médicaux collectifs des Cadres et des non-cadres, la période de remise de cotisations est simultanée pour les deux adhésions.

## 6.4 – Autres dispositions relatives aux cotisations

La fraction de la cotisation à la charge du salarié est précomptée et versée par l'entreprise, en tant que mandataire responsable du versement des cotisations auprès de l'assureur.

- **Article 7 - Réserve**
- **Article 8 - Terme de l'adhésion - Conséquence sur les prestations en cours**

### 8.1 - Terme de l'adhésion

Le terme de l'adhésion au présent règlement intervient dans l'un des cas suivants :

- en cas de résiliation à l'initiative de l'entreprise (démission),
- en cas de liquidation ou de cessation d'activité de l'entreprise sans reprise de contrat de travail,
- en cas de résiliation à l'initiative de la Mutuelle (exclusion),
- à la suite d'une absorption, fusion, cessation d'activité avec reprise de contrat de travail et harmonisation des régimes de prévoyance santé

dans le cadre des articles L. 1224-1 et suivants du Code du travail.

### **8.1.a) - Résiliation à l'initiative de l'entreprise (démission)**

Toute entreprise qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit :

- signifier sa décision à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception,
- s'assurer du respect des conditions prévues dans le cadre de l'article L.221.2 du code de la Mutualité et des procédures prévues – le cas échéant – par le Code du travail.

La résiliation à l'initiative de l'entreprise (également appelée démission) prend effet à la fin de l'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifiée à la Mutuelle au moins deux mois auparavant.

Par exception, la démission prend effet au plus tard le dernier jour du trimestre civil suivant la date de réception de la demande écrite si l'entreprise relève d'une des situations suivantes :

- l'entreprise a été informée d'une augmentation de sa cotisation ou d'une diminution des droits nés du présent règlement en faveur de ses salariés, et a formulé sa demande dans les 60 jours qui s'ensuivent,
- en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement, l'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge-commissaire a exercé le droit dont il dispose légalement de résilier l'adhésion pendant un délai de trois mois à compter de la date du jugement de sauvegarde ou de redressement.

### **8.1.b) - Terme de l'adhésion suite à liquidation ou cessation d'activité sans reprise de contrat de travail**

En cas de liquidation d'une entreprise adhérente, le terme de l'adhésion prend effet au jour du jugement de clôture.

En cas de cessation d'activité sans reprise de contrat de travail, le terme de l'adhésion prend effet à la date de cessation d'activité. Cette dernière doit être notifiée à la MBBTP dans le délai d'un mois qui s'ensuit, à défaut de quoi les prestations indûment versées depuis la cessation d'activité seront portées à la charge de l'entreprise.

### **8.1.c) - Résiliation à l'initiative de la Mutuelle (exclusion)**

En cas de défaut de déclaration ou de versement des cotisations impliquant l'application de majorations et/ou de pénalités de retard et l'engagement de poursuites judiciaires, la Mutuelle peut mettre un terme à l'adhésion de l'entreprise.

Le terme de l'adhésion prend effet à la fin de l'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifié par la

Mutuelle à l'entreprise au moins deux mois auparavant.

Il appartient alors à l'entreprise de s'assurer du respect des conditions prévues dans le cadre de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité et des procédures prévues - le cas échéant - par le Code du travail.

### **8.1.d) - Terme de l'adhésion suite à absorption, fusion ou cessation d'activité, avec reprise de contrat de travail**

En cas d'absorption par une autre entreprise ou de cessation d'activité, avec reprise de contrat de travail et harmonisation des régimes de prévoyance santé (dans le cadre des articles L. 1224-1 et suivants du Code du travail), il appartient à l'entreprise (ou à son représentant) de notifier cette évolution à la Mutuelle. Le terme de l'adhésion intervient alors à la date de transfert des contrats de travail.

En cas d'absorption d'autres entreprises avec reprise de contrat de travail, le terme de l'adhésion peut intervenir à la date d'harmonisation des régimes de prévoyance, sous réserve que l'entreprise en fasse la demande à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception, au plus tard dans les 60 jours qui s'ensuivent. A défaut, le terme de l'adhésion prend effet au plus tard le dernier jour du mois ou du trimestre civil suivant la date de réception de la demande écrite.

## **8.2 - Conséquences au terme de l'adhésion**

Les garanties dont bénéficiaient les salariés et leurs ayants droit au titre du présent règlement prennent fin au jour du terme de l'adhésion, à l'exception des maintiens de garanties sans contrepartie de cotisations qui continuent à produire leurs effets conformément aux dispositions de l'article 11.

A l'issue de leur période de couverture au titre du présent règlement :

- le salarié et/ou ses ayants droits peuvent adhérer à l'un des régimes de frais médicaux individuels de la MBBTP (frais médicaux individuels des actifs, frais médicaux individuels des retraités). Cette adhésion s'accompagne de remises de cotisations à l'adhésion, dans les conditions définies à l'article 6.3 du règlement du régime de frais médicaux individuels correspondant ;

- l'ancien salarié qui relève des dispositions prévues au 1° de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 peut demander à bénéficier de la couverture définie par cet article 4. Les éventuels ayants droits de l'ancien salarié n'ont pas accès à cette couverture. Les cotisations correspondantes sont fixées au niveau maximal prévu au titre de cet article 4.

### **• Article 9 - Réservé**

## SECTION II – DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES

### • Article 10 - Conditions d'ouverture des droits - Fait générateur

#### 10.1 - Conditions d'ouverture des droits

Le bénéfice des garanties est ouvert lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- à la date du fait générateur, le bénéficiaire est inscrit auprès de la MBBTP en qualité de participant affilié par l'entreprise ou en qualité d'ayant droit d'un participant (dans les conditions prévues aux articles 3 et 4) ;
- en cas de défaut de paiement des cotisations par l'entreprise, le membre participant peut justifier du précompte des cotisations au régime.

#### 10.2 - Fait générateur

Est définie comme date du fait générateur :

- la date d'exécution pour les actes médicaux ou paramédicaux,
- la date de délivrance pour les médicaments ou biens médicaux,
- la date d'entrée en établissement hospitalier pour les garanties liées à l'hospitalisation.
- ou, pour les soins et prestations en établissement de santé public, la date de l'avis de somme à payer émis par le Trésor Public, si elle est postérieure.

### • Article 11 - Maintien et cessation des garanties

Les garanties visées par le présent règlement cessent :

- au jour où le participant ne fait plus partie de la catégorie de personnel affilié,
- au terme de l'adhésion de l'entreprise.

Toutefois, les garanties du régime peuvent être maintenues, sans contrepartie de cotisation, aux conditions définies ci-après :

- lorsque le salarié quitte son emploi dans une entreprise adhérente,
- en cas de licenciement, ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage,
- en cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire,
- en cas de décès du participant, au profit de ses ayants droit.

Dans tous les cas, le maintien porte sur les garanties de l'option en vigueur au moment de la rupture du contrat de travail ou au terme de l'adhésion de l'entreprise.

Les participants et leurs ayants droit qui ne peuvent plus prétendre au bénéfice des garanties peuvent adhérer aux règlements de frais médicaux individuels (actifs ou retraités) de la MBBTP.

### 11.1 - Maintien des garanties lorsque le salarié quitte son emploi

Lorsque le salarié quitte son emploi dans une entreprise adhérente et qu'il ne peut bénéficier des dispositions de l'article 11.2, le droit au maintien des garanties est accordé sans contrepartie de cotisations :

- à la condition que le salarié ne bénéficie pas par ailleurs d'une couverture collective de frais médicaux à adhésion obligatoire,
- pendant une période maximale de 30 jours de date à date.

### 11.2 - Maintien des garanties en cas de licenciement, ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

En cas de licenciement ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par l'assurance chômage, le droit au maintien des garanties est accordé à tout participant, sans contrepartie de cotisation :

- **temporairement**, lorsque cette rupture a été suivie :
  - par une indemnisation au titre de l'assurance chômage (y compris l'Allocation de Solidarité Spécifique),
  - ou du suivi d'un stage de formation professionnelle accompli dans le secteur du BTP, ou agréé par une commission nationale paritaire de l'emploi du BTP.

Dans ce cas, le maintien des garanties est accordé :

- aussi longtemps que le participant atteste, depuis la rupture de son contrat de travail, d'une situation continue d'indemnisation au titre de l'assurance chômage, d'indemnisation d'un arrêt maladie par la Sécurité sociale ou du suivi d'un stage de formation professionnelle tel que susvisé,
- et ce pendant une période maximale de 36 mois de date à date, à compter de la date de fin du contrat de travail.
- **sans limitation de durée**, lorsque le participant :
  - a fait l'objet d'une mesure de licenciement ou de rupture de contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage, alors qu'il était en arrêt de travail, ou a été reconnu invalide par la Sécurité sociale contrat de travail non rompu (à l'exception des cas de classification en invalidité de 1ère catégorie), et n'exerce depuis cette date aucune activité rémunérée ;

- et bénéficie de prestations d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité servies par BTP-PREVOYANCE.

Ne font pas obstacle au maintien des garanties :

1/ les périodes (dès lors qu'elles ne dépassent pas 30 jours calendaires en cumul) :

- de reprise temporaire d'activité,
- ou pour lesquelles aucun justificatif n'est fourni par le participant au titre d'une des situations définies à l'alinéa précédent.

2/ les périodes qui correspondent aux différés d'indemnisation ou au délai de carence prévus par la convention d'assurance chômage.

Les présentes dispositions sont applicables aux licenciements ou ruptures postérieurs à la date du 31 mai 2014.

### **11.3 - Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail**

En cas de suspension de contrat de travail avec maintien de salaire (total ou partiel) ou perception d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'entreprise adhérente, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension. Le financement de ces garanties est assuré dans les mêmes conditions que celles applicables aux autres participants relevant du même collège dans l'entreprise.

Il en est de même en cas de congé lié à une maternité ou à une adoption.

En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire, les garanties sont maintenues, sans contrepartie de cotisations, pendant les 30 premiers jours de la suspension (dans la limite de 90 jours par exercice civil, toutes périodes de suspension confondues). Au-delà, les garanties sont interrompues.

### **11.4 - Maintien des garanties au profit des ayants droit en cas de décès du participant**

En cas de décès du participant, le maintien des garanties est accordé pour une durée de six mois, sans contrepartie de cotisation, aux anciens ayants droit du participant (tels que définis à l'article 4)

## **• Article 12 - Prestations, étendue des garanties**

### **12.1 – Dispositions générales relatives aux prestations**

Le montant de la prestation est calculé :

- selon les dispositions figurant dans l'ANNEXE DES GARANTIES,

- par référence au niveau de couverture en vigueur dans l'entreprise, à la date du fait générateur. Toutefois, lorsque le fait générateur est postérieur à la sortie de l'entreprise (dans le cadre des dispositions de l'article 11), c'est le niveau de couverture à la date de sortie de l'entreprise qui doit être retenu.

Toute couverture mise en œuvre au titre du présent règlement respecte les obligations et les interdictions de prise en charge résultant des dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses décrets d'application. Il est précisé :

- qu'au moins deux des prestations de prévention comprises dans la liste prévue au II de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale sont prises en charge par les couvertures relevant du présent règlement,
- qu'en cas de modification des obligations et interdictions de prise en charge nées des dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale, le conseil d'administration a compétence, par délégation de l'assemblée générale, pour apporter les adaptations nécessaires au présent règlement.  
Ces adaptations sont soumises à ratification ultérieure de la plus prochaine assemblée générale.

Sauf stipulation contraire figurant dans l'ANNEXE DES GARANTIES, les prestations médicales, pharmaceutiques et d'hospitalisation sont toujours complémentaires d'un remboursement effectué par un régime de base d'assurance maladie, dans la limite des sommes déclarées à cet organisme. Les prestations d'hospitalisation s'appliquent uniquement pour les soins effectués dans des établissements conventionnés par la Sécurité sociale. En conséquence, les soins effectués dans des établissements non conventionnés sont pris en charge uniquement au titre du ticket modérateur.

Le cumul des remboursements effectués en faveur du participant (incluant la part du régime de base et celle de couvertures complémentaires) ne peut être supérieur au total des frais encourus. Dans le cas où le cumul des prestations servies, tant par la Mutuelle que par le régime de base d'assurance maladie ou par d'autres organismes complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations résultant du présent règlement seraient réduites à due concurrence.

Le coût des frais visés par l'article 23 de l'annexe III à l'accord collectif national du 31 juillet 1968 ainsi que par l'article 20 de l'annexe III à l'Accord collectif national du 13 décembre 1990 est pris en charge par le présent régime, déduction faite des remboursements à charge des régimes de

prévoyance institués par lesdits accords en application de ces articles.

En cas de soins dispensés à l'étranger, les garanties s'exercent pour chaque bénéficiaire dans les mêmes conditions que dans le cadre d'une prise en charge par leur régime de base d'assurance maladie.

Sous réserve des dispositions du second alinéa du présent article (en vue d'assurer le respect des dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale), toute actualisation de l'ANNEXE DES GARANTIES relève d'une décision du conseil d'administration par délégation des pouvoirs de l'assemblée générale.

## **12.2 – Dispositions spécifiques aux garanties optiques**

Les garanties optiques adultes sont remboursées sur la base des frais effectivement engagés, dans la limite d'un équipement (monture + verres) et d'un plafond par bénéficiaire et par période de prise en charge de deux ans. Ce plafond est également appelé forfait de remboursement.

L'application de ce plafond ne peut jamais conduire à une limitation de la prise en charge au titre du ticket modérateur.

Pour chaque bénéficiaire, la période de prise en charge court à compter de la date de sa précédente acquisition, également appelée date de dernière consommation.

La période de prise en charge est réduite à un an :

- pour les mineurs
- ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

Les remboursements optiques tiennent compte des plafonds et des plafonds prévus par le contrat responsable en fonction du niveau de correction visuelle.

S'agissant des lentilles, qu'elles soient ou non admises au remboursement par la sécurité sociale, le forfait de remboursement s'applique par exercice civil.

## **12.3 – Dispositions spécifiques relatives à la prise en charge des dépassements d'honoraires**

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge de dépassements tarifaires pratiqués par les médecins, la prise en charge est différenciée selon que le médecin ait ou non adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS) défini par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du Code de la sécurité sociale.

### **• Article 13 - Support des remboursements**

Les remboursements s'effectuent sur la base de données informatisées transmises par les régimes de base ou par les professionnels de santé.

Lorsqu'aucune donnée informatisée ne peut être obtenue par la MBBTP, le participant doit, pour être remboursé, transmettre les décomptes originaux de la Sécurité sociale, ou toutes factures et notes d'honoraires acquittées.

Dans tous les cas où les barèmes résultant de l'ANNEXE DES GARANTIES le nécessitent, le participant peut être conduit à fournir tous les éléments complémentaires justifiant et détaillant les frais réels encourus.

L'utilisation de documents inexacts, ainsi que les fausses déclarations intentionnelles, entraînent la perte de tout droit aux prestations correspondantes.

### **• Article 14 - Plancher de versement de la prestation**

Toute somme due à un bénéficiaire au titre d'une prestation est provisionnée à son compte. Le versement effectif a lieu lorsque la somme due est égale ou supérieure à 2 € pour les virements (50 € si lettre-chèque), valeur au 1er janvier 2017, montant qui sera actualisé sur décision du conseil d'administration. Ce paiement s'effectue par virement bancaire ou postal.

Toute somme inférieure au plancher fixé ci-dessus au terme d'une année reste provisionnée au compte de l'intéressé. Elle est ainsi versée au participant dès que le montant global des sommes portées à son compte atteint la limite prévue ci-dessus.

### **• Article 15 - Tiers payant**

Lorsque les frais médicaux entrent dans le cadre de conventions de tiers payant gérées pour le compte de la MBBTP, les remboursements effectués par le Régime sont destinés au signataire de la convention ayant fait l'avance des fonds. Dans ce cas, aucun plancher de versement de la prestation n'est appliqué.

Au terme de leur affiliation, tel que défini à l'article 11 :

- Le participant et ses éventuels ayants droit doivent retourner leurs cartes de tiers payant aux services gestionnaires de la MBBTP,
- Dans l'hypothèse où le participant et ses éventuels ayants droit continueraient à faire usage de leur carte de tiers payant, la MBBTP est fondée à exiger d'eux le remboursement des sommes indûment avancées, ou à précompter ces sommes sur d'autres prestations dues par la MBBTP.

### **• Article 16 - Réserve**



- **Article 17 - Prescription - Déclaration tardive**

### 17.1 - Prescription du droit à prestation

Toute demande de prestation doit être présentée à la Mutuelle dans un délai de deux ans à compter de la date du fait générateur qui lui donne naissance.

### 17.2 - Prescription des actions en justice

Toutes les actions en justice dérivant des opérations relatives aux droits et obligations nés du présent régime sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Le délai de prescription est automatiquement interrompu au jour où la Mutuelle, l'entreprise ou le participant engage une action en justice ; dans ce cas, l'interruption de la prescription ne porte que sur l'objet de l'action en justice.

- **Article 18 - Recours contre tiers responsable**

La MBBTP est subrogée de plein droit au participant et/ou à ses ayants droit victime(s) d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la MBBTP a exposées, et dans les limites et conditions légales.

## **SECTION III – INFORMATION DES ADHÉRENTS, MODIFICATION DES CONDITIONS DE COUVERTURE**

- **Article 19 - Information des entreprises adhérentes et des participants**

### 19.1 – Information lors de l'adhésion

L'information des entreprises adhérentes est réalisée conformément aux dispositions légales et en vue d'assurer une application satisfaisante du présent règlement. En particulier, lors de l'adhésion, est remise à l'entreprise une fiche d'information sur les dispositions du présent règlement et de ses annexes. Cette fiche définit notamment les garanties et les exclusions, les obligations de l'entreprise et des participants, les modalités d'entrée en vigueur des garanties et d'examen des réclamations.

Sont communiquées au participant les coordonnées des services gestionnaires afin qu'il puisse obtenir toute précision ou effectuer toute réclamation concernant la gestion de sa couverture. S'agissant de ses droits, en particulier en termes de tiers payant, une carte récapitulative lui est adressée selon une périodicité fixée par le conseil d'administration.

L'entreprise adhérente est notamment informée qu'en cas de litige persistant ou sans réponse à une réclamation, ses salariés ou elle-même peuvent s'adresser par écrit au Médiateur à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française  
FNMF  
255 rue de Vaugirard  
75719 PARIS Cedex 15

ou par mail : [mediation@mutualite.fr](mailto:mediation@mutualite.fr)

L'entreprise adhérente est informée que le Médiateur n'a pas compétence pour répondre à des demandes d'information sur les droits et obligations nés du présent règlement.

L'entreprise adhérente est enfin informée que la MBBTP et le présent règlement sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située au 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

### 19.2 – Information en cas de modification des conditions de couverture

Les entreprises adhérentes sont informées par écrit de toute modification des conditions de leur couverture complémentaire santé :

- Suite à modifications apportées au présent règlement
- Suite à évolutions tarifaires

Après information, les modifications de conditions de couverture résultant du présent règlement et de ses différentes annexes s'appliquent de plein droit.

Conformément à la réglementation, il appartient à l'entreprise de relayer l'information correspondante auprès de ses salariés.